|  |  |
| --- | --- |
| Dane Firmy:**P.H.U.”WERTYKAL” s.c.**Jan Lipiarski, Krystyn Lipiarskiul. Rodziny Poganów 76NIP: 5130093669 REGON: 120098090tel. 12 346 12 18 | Miejsce szkolenia:**CENTRUM SZKOLENIOWE WERTYKAL**ul. Łąkowa 132-080 Zabierzów |

**ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa szkolenia:** |  GWO BST Refresher  Working at Heights – 1 dzień |  GWO BST Refresher Manual Handling – 1 dzień |
|  GWO BST Refresher First Aid – 1 dzień |  GWO BST Refresher Fire Awareness – 1 dzień |
| **Termin szkolenia:** |  | **Cena szkolenia:** |  |
| **Osoba zgłaszająca:** |  | **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Dane do faktury:** |  |
| **Adres:** |  | **NIP:** |  |

|  |
| --- |
| **Lista uczestników szkolenia – imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, ID WINDA, daty ukończenia poprzednich szkoleń** |
| **LP.** | **Imię i Nazwisko** | **Data i miejsce urodzenia** | **ID WINDA** | **Data ukończenia poprzedniego szkolenia GWO\*** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |

**\*Należy wpisać daty ukończenia wszystkich modułów osobno**

**Warunki uczestnictwa w szkoleniu:**

* Wiek powyżej 18 lat,
* Ważne zaświadczenie lekarskie do pracy na wysokości powyżej 3m,
* Posiadanie numeru ID WINDA
* Posiadanie jednego dokumentu ze zdjęciem stwierdzające tożsamość Kursanta
* Przestrzeganie regulaminu szkolenia